

Anestesia infiltrativa local endovesical en los tumores superficiales de vejiga (*)

Dres. ALDAYA, P.; COSTA, M.; GARGIULO, C.; HERNANDEZ, R.; KOBELINSKY, M.; LEONARDELLI, C.; MALAGRINO, H.; MIRANDA, C.; NARDONE, R.; OZON, A.; RODRIGUEZ, E.

RESUMEN: Se presenta un grupo de 37 pacientes en quienes se utilizó el método de anestesia infiltrativa sublesional en tumores superficiales de vejiga. Se describen las indicaciones de la técnica, así como las ventajas y desventajas de la misma.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 56, pág. 145, 1991)

Palabras clave: Vejiga - Tumores superficiales malignos - Anestesia local - Resección transuretral

INTRODUCCION

El tumor superficial de vejiga se ha convertido desde hace muchos años en un verdadero desafío para la Urología, ya sea por lo que quirúrgicamente significa, como por la diversidad de tratamientos locales utilizados para hacer desaparecer esta patología, o para prolongar los tiempos de recidiva de la misma.

En cuanto al aspecto quirúrgico, ya no se duda de la utilidad casi exclusiva de la RTU en los tumores superficiales.

Numerosos son los trabajos que indican a esta técnica como la principal medida terapéutica a seguir en estos pacientes, reiterándose cada vez que el tumor superficial hace su aparición.

Esta técnica necesita, casi sin excepción, la utilización de anestesia, ya sea espinal o general, con los consiguientes riesgos y trastornos que su reiteración significa.

Desde 1920 numerosos anestésicos de uso local han sido introducidos en la Urología, especialmente utilizados en la uretra: lidocaína (1, 2), tetracaína (3), tripelenamina (4), diclonina (5).

El Servicio de Urología de la Policlínica Bancaria ha comenzado a utilizar la infiltración sublesional de lidocaína en aquellos pacientes que rehusaron la utilización de anestesia espinal, aquellos que tuvieron antecedentes de múltiples resecciones, pacientes en comprometido estado general, edad avanzada, pacientes jóvenes en quienes se supone tendrán múltiples resecciones en el futuro, todos ellos con tumores superficiales.

Teníamos la impresión subjetiva de que este tipo de técnica sería bien tolerada por los pacientes, a quienes se les explicó especialmente cómo es la técnica, ventajas y desventajas de la misma.

Este estudio se realizó para poder evaluar en forma objetiva los resultados.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron en este protocolo un total de 37 pacientes. Todos ellos tenían estudios prequirúrgicos completos, consistentes en: urocultivo, Rx de tórax, hemograma, creatinina, urea, coagulograma, eritrosedimentación, Pap urinario y cistoscopia, evaluación cardiológica y respiratoria previa.

Los datos de anatomía patológica previos denotaban resultados de estadios A1 y A2 con grados de Mostofi I, II y III, sin tener en cuenta instilaciones anteriores de quimio

(*) Informe preliminar

o inmunoterapia u otro tipo de tratamiento general o local.

En general los pacientes eran ambulatorios, ya que no necesitaron internación. Se les realizó antibioticoterapia profiláctica una hora antes de la cirugía (cefotaxima 1 g IM y plan antitetánico).

Una vez en el quirófano se les colocó una vía periférica y monitoreo cardiológico y anestesiológico. Se colocó a los pacientes en posición de litotomía. Se utilizó antisepsia con iodopovidona y colocación de campos estériles quirúrgicos.

Se realizó anestesia de la uretra con jalea de lidocaína (20 cc), colocación de broche de Cunningham con método de contención del anestésico, que se dejó actuar durante 5 minutos.

Se procedió luego a la colocación de un cistoscopio de camisa N° 21 con dos canales de trabajo 5 y 7; éste puede ser acompañado de la uña de Albarrán para dirigir el catéter de inyección. Este catéter se diseñó tomando un catéter uretral 6 French, al cual se adosó en su extremo proximal un pabellón de aguja Butterfly N° 18 y en su extremo distal una aguja de 25 x 0,5 mm. A través del canal de trabajo de 7 Fch se colocó el catéter y se dirigió a la base de implantación del tumor. Para cada lesión se inyectó entre 2 y 4 cc de lidocaína al 1% sin epinefrina, hasta 15 cc en total, dependiendo esto del tamaño y extensión del tumor.

No usamos azul de metileno para reconocer el área de anestesia, guiándonos únicamente por la sobre elevación que el habón anestésico hacía del tumor y la apreciación panorámica.

La resección se efectuó con resectoscopio N° 26, ansa N° 24.

El paciente se retira a su domicilio sin sonda, salvo aquellos casos en que la resección fue múltiple o el estado general hizo necesario continuar el control en internación.

RESULTADOS

Han sido tratados con este tipo de anestesia un total de 37 pacientes con un rango de edad que va de los 37 a los 88 años, con un promedio de 62 años. En cuanto al sexo, 11 eran mujeres (30%) y 26 eran hombres (70%). En lo que se refiere a los motivos por los que se les aconsejó la resolución de su problema por esta técnica, teníamos que 19 (52%) eran portadores de cardiopatía moderada o severa, sea sola o asociada con neumo o neuropatía, 4 (10%) con neumopatía pura, 7 (12%) escoliosis que impedía la anestesia espinal, 22 pacientes (62%) tenían más de 70 años y su riesgo quirúrgico era III o IV. Cuatro pacientes eran menores de 55 años, e informados de este método y la posibilidad de volver pronto a sus tareas habituales, lo aceptaron.

Todos ellos ya habían sido sometidos a RTU en varias oportunidades, el mínimo de 2 y el máximo de 17, con un promedio de 4. Todos ellos tuvieron tratamientos coadyuvantes con inmunoterapia (BCG) o quimioterapia (Thiotepa, Adriamicina o Mitomicina), en uno o varios ciclos. En cuanto al estadio tumoral, todos eran superficiales A1 o A2

de la clasificación de Marshal y los grados tumorales eran I, II o III de la clasificación de Mostofi.

En lo que se refiere a la masa resecada, se aplicó la técnica a aquellos tumores que tenían base pediculada o sesil, ésta última con una superficie no mayor de 1 cm de diámetro.

El número de pólipos iba de 1 a un máximo de 9 en un mismo paciente, con un promedio de 3.

La ubicación podía ser en cualquier porción vesical, con la dificultad ya conocida, que la vertiente cervical del techo presupone.

La tolerancia puede ser analizada dividiendo en dos, al grupo de estudio: por un lado las mujeres, quienes se adecuaron muy bien al método, no refiriendo malestar y tolerando el pasaje del resectoscopio y por el otro los hombres, en los que la molestia se centraba en el pasaje del resectoscopio, sobre todo a nivel uretral posterior. Creemos que esto último puede modificarse con la aplicación de la anestesia infiltrativa local a nivel submucoso uretral posterior o, de ser posible, utilizando cocaína asociada a la lidocaína en la anestesia uretral. También podría ser de utilidad la administración de una breve sedación en el prequirúrgico inmediato, la que no fue necesaria en nuestra serie.

Ninguno de los dos grupos refirió dolor en el momento de la infiltración sublesional del anestésico.

Un total de 34 pacientes (92%) se retiraron del quirófano sin sonda y 3 pacientes (8%) debieron continuar con la misma, 2 de ellos un día y el restante dos días. Cabe acotar que estos pacientes tenían múltiples pólipos (entre 6 y 9).

En cuanto a los días de internación, sólo los tres pacientes a los cuales mencionamos debieron permanecer internados: dos de ellos por un día y el restante por dos.

Por último, la cantidad de lidocaína utilizada iba desde los 4 a los 20 cc, éste último en pacientes con pólipos múltiples.

DISCUSION

Varios han sido los factores por los cuales se llegó a la utilización de este procedimiento para la realización de RTU en tumores superficiales de vejiga.

La alta recidiva, pese a los tratamientos adyuvantes, hacen que este método se torne de suma utilidad. Cada anestesia general o espinal expone al paciente a riesgos anestésicos y trastornos de internación.

Este método ha sido indicado como de utilidad en pacientes añosos, en los cuales un riesgo quirúrgico aumentado hacía difícil la utilización de anestesia general.

También a la modalidad espinal se contraponen la imposibilidad que una columna escoliótica, o rígida, trae aparejada.

El hecho de que estos pacientes eviten una internación es de suma importancia si se tiene en cuenta que parte de ellos desarrollan actividades laborales, pudiendo reintegrarse.

grarse a las mismas en forma rápida. Además, se disminuyen los costos de internación y se evitan riesgos comunes, tales como las infecciones intrahospitalarias.

Existen algunos obstáculos a este procedimiento, como es la estenosis uretral, ya que de no mediar una buena dilatación previa se haría doloroso y dificultoso el paso del resectoscopio. En aquellos pacientes que sufrieran dolor, sobre todo a nivel de uretra posterior, podría ser evitado con la inyección en esta porción de anestesia submucosa como lo indicaran ya Singer y Zorngniotti en 1954.

En Urología muchas veces hemos utilizado la resección de tumores únicos sin ningún tipo de anestesia, informándole al paciente del leve dolor del paso del ansa de resección. En este caso, al poder utilizarlo en varios pólipos, se evita esta molestia al paciente.

Sabemos de la necesidad de ser prudentes en el uso del anestésico, por el peligro de que una absorción masiva del mismo podría traer aparejado a nivel cardiológico (arritmias). Esto quedaría prácticamente salvaguardado por la utilización limitada de la misma (15 a 20 cc).

Es imprescindible entonces el control cardiológico con monitoreo y anestesiológico, ya que muchas veces puede ser requerida por el paciente una inducción al sueño o una anestesia general, por accidente quirúrgico que pudiera producirse.

CONCLUSION

El uso de anestesia infiltrativa sublesional en tumores superficiales de vejiga es un método seguro y eficaz para la realización de la RTU.

Es en general bien tolerado por el paciente, quien ya conoce de los avatares de una internación, de la anestesia general y del manejo de un catéter uretral.

Está indicado en pacientes resecaos en múltiples oportunidades, en aquellos con trastornos de la columna vertebral que imposibilitan la utilización de anestesia espinal, en pacientes jóvenes en quienes se aventuran múltiples resecciones futuras, pacientes en mal estado general, con compromiso cardiorrespiratorio, todos ellos con tumores superficiales únicos o múltiples.

Recomendamos el control intraoperatorio cardioanes-

tesiológico, para poder evaluar la necesidad de algún cambio en el plan trazado y tener permanentemente controlado al paciente.

Finalmente, creemos que esta técnica puede ser llevada a cabo, con los cuidados ya citados, por cualquier urólogo familiarizado con los procedimientos endourológicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Randall, A.: The use and abuse of local urethral anesthetics. *J. Urol.*, 10:503, 1923.
2. Adriani, J. and Zepernick, R.: Clinical effectiveness of drugs used for topical anesthesia. *J. A. M. A.*, 188:711, 1964.
3. Senger, F. L. and Zorngniotti, A. W.: Cystoscopic safety: a study of topical anesthesia in diagnostic urology. *J. Urol.*, 72:748, 1954.
4. Persky, L. and Davis, H. S.: Xylocaine as a topical anesthetic in urology. *J. Urol.*, 70:552, 1953.
5. Haines, J. S. and Grabstald, H.: Xylocaine: a new topical anesthetic in urology. *J. Urol.*, 62:901, 1949.
6. Bryce-Smith, R.: Topical analgesia for the urethra. *Brit. Med. J.*, 1:462, 1955.
7. Cooper, J. R.: Tripelennamine aqueous jelly two per cent. Its use for topical anesthesia of the urethra. *J. A.M.A.*, 173:1933, 1960.
8. Lapidés, J.; Zierdt, D.; Costello, R. T. Jr.; Konnak, J. W. and Hall, J. W.: Silicone fluid as a lubricant and anesthetic agent in the urethra. *J. Urol.*, 100:744, 1968.
9. Thompson, I. M.: Dyclone - a topical urethral anesthetic. *Amer. Pract.*, 10:1011, 1959.
10. Getzoff, P. L.: A safe and effective topical anesthetic for office cystoscopy. *J. Urol.* 99:118, 1968.
11. Adriani, J.; Zepernik, R.; Arens, J. and Authement, E.: The comparative potency and effectiveness of topical anesthetics in man. *Clin. Pharm. Ther.*, 5:49, 1964.
12. Fairbanks, D. N. and Fairbanks, G. R.: Cocaine uses and abuses. *Ann. Plast. Surg.*, 10:452, 1983
13. Campbell, D. and Adriani, J.: Absorption of local anesthetics. *J. A. M. A.*, 168:873, 1958.
14. Pliskin, M. J.; Kreder, K. J., Desmond, P. M. and Dresner, M. L.: Cocaine and Lidocaine as topical urethral anesthetics. *J. Urol.*, 141:1117, 1989.
15. Orandi, A.: Urological endoscopic surgery under local anesthesia: a cost-reducing idea. *J. Urol.* 132:1146, 1984.
16. Standwood, S.; Schmidt, M. D. and Marshall, L. S., MD: "Tagged" local anesthetic solution for transurethral surgery. *Urol.*, May 1990 "Uretech", Pag. 6.
17. Loughlin, K. R.; Yalla, S. V.; Belldegrun, A.; Bernstein, G. T.: Transurethral Incisions and Resections Under Local Anesthesia: *Br J. Urol.*, 160:185, 1987.